

COORDONNEES BANCAIRES

Pour LE REMBOURSEMENT des PRESTATIONS d'ASSURANCE MALADIE

(1) Nom Prénom

(1) Adresse

(1) N° Immatriculation

Je vous informe de mes nouvelles coordonnées bancaires pour le remboursement de mes prestations d'assurance maladie (**joindre un nouveau RIB² ou RIP²**).

(1) Renseignements à compléter obligatoirement

(2) L'identité de ce RIB ou RIP doit correspondre à celle de l'assuré(e).
Dans la négative, et si vous souhaitez que les prestations soient versées sur un compte dont l'identité est différente de la vôtre, vous devrez compléter l'autorisation ci-dessous.

AUTORISATION

Je soussigné(e) :

Immatriculé(e) sous le numéro :

déclare par la présente, autoriser :

Nom : Prénom :

à percevoir pour moi, sur son compte bancaire, les prestations du régime obligatoire d'assurance maladie qui me sont dues.

Fait à, le

Ci-joint, la photocopie de ma pièce d'identité.

Signature